

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

615

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri AVERCENC

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes.

Né le 26 juin 1911, à Ste-Menehould (Marne).

**La désunion de la cicatrice utérine
après césarienne
au cours d'une grossesse ultérieure**

Travail de la Clinique Obstétricale de l'Ecole de Médecine
de Nantes.

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1938

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri AVERCENC

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes.

Né le 26 juin 1911, à Ste-Menehould (Marne).

**La désunion de la cicatrice utérine
après césarienne
au cours d'une grossesse ultérieure**

Travail de la Clinique Obstétricale de l'Ecole de Médecine
de Nantes.

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

LE DOYEN M. TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		N...
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique médicale		LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants		NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux		GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses		GUILLAIN.
		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale		CUNÉO.
		GOSSET.
		GRÉGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		MARION.
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique		LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale		OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique		RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale		LEMAITRE.
Clinique propédeutique		Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose		Maurice VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		BEZANÇON.
Clinique cardiologie		MATHIEU.
Clinique d'Assistance médico-sociale		LAUBRY.
		CROUZON.
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIÉTY Pathologie médicale.	FÉY Urologie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	HAGUENAU.... Pathologie médicale.
COSTE Pathologie médicale.	



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.

MM.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE,
 AUBERTIN,
 BRULÉ,
 CHABROL,
 DONZELOT,
 DUVOIR,
 LIAN,
 PASTEUR-VAL-
 LÉRY-RADOT,
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCQ.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552024_0002

A MON PERE

A MA MERE

Témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MON GRAND-PERE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine.

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse.*

A MON MAÎTRE, LE DOCTEUR M. LEROUX

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Médecine.
Chirurgien des Hôpitaux de Nantes.

*Qui a bien voulu m'inspirer cette thèse
et me guider dans mes travaux.*

A MES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET AUX HÔPITAUX DE NANTES

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MIRALLIE (in memoriam)
MONSIEUR LE PROFESSEUR MONNIER (in memoriam)
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX
MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON SOURDILLE
(in memoriam)
MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGER
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLON
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUSTAVE BUREAU
MONSIEUR LE PROFESSEUR YVES BUREAU

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLON
MONSIEUR LE PROFESSEUR GIROIRE
MONSIEUR LE DOCTEUR THIBAUT
MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGER
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX
MONSIEUR LE DOCTEUR AUVIGNE

INTRODUCTION

L'étude des ruptures de cicatrice corporeale perd un peu de son intérêt depuis que la Césarienne basse a supplanté la Césarienne classique. Grâce à l'excellente qualité de la cicatrice segmentaire, les risques de désunion au cours d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur sont infiniment plus rares qu'autrefois.

Jusqu'à ces dernières années (1906) l'opération classique portant sur le corps de l'utérus était la seule employée. Certains accoucheurs étrangers (FRANCK, LATZKO, DOEDERLEIM, SEILHEIM) ont alors inauguré une méthode nouvelle qui consiste essentiellement à faire porter l'incision de l'utérus, non plus sur le corps, mais sur le segment inférieur dans la région sus-pubienne, d'où le nom de césarienne basse ou supra-symphysaire. Cette méthode a en réalité une origine plus ancienne, elle date d'OSIANDER (de Goettinger) qui en eut l'idée et la pratiqua pour la première fois en 1905.

La césarienne basse s'est révélée par des résultats d'une telle supériorité sur la césarienne corporeale qu'elle l'a presque complètement supplantée. Il convient de citer les noms de SCHICKELÉ, de Strasbourg,

et du Professeur BRINDEAU qui s'employèrent à la faire adopter par les accoucheurs français.

La césarienne basse au cours d'une grossesse ultérieure expose beaucoup moins que la césarienne corporeale à la rupture de l'utérus; cette considération constitue un argument de grande valeur en faveur de la césarienne basse.

Nous verrons au cours de la première partie de cette étude la valeur de la cicatrice de césarienne basse conditionnant la rareté des cas de rupture observés désormais, enfin une deuxième partie exposera l'étude clinique des ruptures utérines consécutives aux sections césariennes.

Laissant de côté les ruptures à symptomatologie typique s'accompagnant d'un ensemble de symptômes péritonéaux et hémorragiques classiques, nous nous efforcerons de démontrer que les utérus césarisés fournissent *un fort contingent* aux formes insidieuses de ruptures utérines.

VALEUR ANATOMIQUE ET FONCTIONNELLE DE L'UTERUS APRES CESARIENNE BASSE

Il est de toute évidence que, surtout si l'on abandonne l'accouchement aux forces naturelles, la résistance de l'utérus à la rupture est essentiellement conditionnée par la solidité de la cicatrice utérine. Ceci nous amène à l'étude de la cicatrice utérine.

Les ruptures utérines se produisant chez des femmes qui ont subi antérieurement l'hystérectomie corporéale sont loin d'être une rareté : ne survenant guère que pendant le dernier trimestre de la gestation, la rupture se produit le plus souvent au moment du travail lorsque les contractions de plus en plus violentes et rapprochées du muscle utérin vont exercer sur la cicatrice de l'incision des tractions énergiques. Certaines statistiques de ruptures donnent chez les divers auteurs des proportions qui oscillent autour d'un chiffre à peu près constant.

MORISSON-LACOMBE	4 %
CATHALA	3 %
WILSON	3 %
DUJOL et CLÉMENT	4 %
EARDY HOLLAND	3,6 %

La véritable proportion paraît donc être de 3 à

4 % ; c'est celle qui est admise par le plus grand nombre d'accoucheurs. Nous voyons donc que la rupture après césarienne haute est un accident relativement fréquent et ce chiffre de 3 à 4 % donne à la grossesse survenant chez une femme antérieurement césarisée un caractère de gravité.

Les suites immédiates si constamment favorables de la césarienne basse, même dans les cas impurs, tiennent à ce que la suture utérine n'étant à ce niveau le siège d'aucune contraction, sa cicatrisation se fait rapidement et par conséquent avec un minimum de tissu scléreux cicatriciel. Aussi ne faut-il pas s'étonner que cette suture ne laisse bien souvent aucune trace, ni à l'œil nu, ni à l'examen microscopique. WETTERVALD signale que dans la plupart des cas de césarienne itérative, la cicatrice n'était pas visible et se présentait sous forme d'une ligne blanchâtre. GELLÉ note que le nombre de cas où la césarienne itérative a permis de constater l'intégrité absolue du segment inférieur dépasse la centaine. AUDEBERT ayant pratiqué une laparotomie exploratrice pour état de shock après un accouchement spontané par les voies naturelles consécutif à une césarienne basse, ne trouve aucune lésion ni aucune trace d'une opération antérieure. ANDÉRODIAS et BALARD sur 15 césariennes itératives (statistique de la maternité de Bordeaux) ont constaté 6 fois l'intégrité absolue du segment inférieur et du péritoine vésico-utérin, à tel point qu'il était impossible de se douter que la femme eût subi antérieurement une

césarienne; 6 fois le péritoine adhérait à l'utérus plus que de coutume, mais on put cependant parvenir à le décoller; une fois ces adhérences étaient telles qu'il fallut sculpter le muscle; dans un autre cas en plus de nombreuses adhérences péritonéales, la cicatrice était très amincie et permettait de voir le cuir chevelu de l'enfant et enfin une fois on dut changer de tactique et faire une césarienne haute.

Prélevant des fragments dans cette zone cicatricielle et examinant les coupes histologiques intéressant ce tissu, nous nous sommes rendus compte que la réparation du muscle utérin au segment inférieur se fait grâce à du tissu conjonctif interposé assez largement.

A titre d'exemple, voici le témoignage d'un examen histologique fait par le Docteur CASTAGNARY, Chef des travaux d'histologie à l'Ecole de Médecine de Nantes : « étude d'un segment d'utérus gravide à terme prélevé au niveau d'une cicatrice de césarienne basse ancienne de deux ans au cours d'une césarienne basse itérative ». Le prélèvement comprend la couche péritonéale et le muscle sous-jacent sans intéresser la muqueuse. Sur la pièce fraîche, le myomère de coloration rouge présente de petits tractus blanchâtres. Pièce fixée au liquide de Bonin. Inclusion à la paraffine. Coloration des coupes à : Hématéine-éosine, hématoxyline de Weigert, Van Giesen, Trichrome de Masson mallony phosphotungstique, Hématoxyline ferrique de Heindenham, Orcéinate de Taenzer.

« A l'examen des coupes, on note la présence de tissu fibreux très abondant, disposé en plages étendues, en anneaux épais ou en tractus plus ou moins déliés morcelant le myomère. Ce tissu conjonctif est, en certains points, fibrillaire avec infiltration œdémateuse, mais surtout dense, fibreux avec de rares fibroblastes. Il ne contient pas de fibres élastiques. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont normaux. Les fibres lisses utérines se présentent sous différents aspects : les unes, comme dans tout utérus gravide à terme sont hypertrophiées avec myo-fibrilles nettes en particulier dans la zone sous-séreuse. Les autres sont en voie d'atrophie à tous les stades, avec perte de la fibrillation et disparaissant totalement dans les zones scléreuses ». En résumé, il s'agit de tissu cicatriciel fibreux développé dans le muscle utérin (Docteur CASTAGNARY).

L'intérêt théorique de cette détermination dans la cicatrice d'une prédominance ou d'une exclusivité des tissus musculaires fibro-conjonctifs ou élastiques étant mis à part, il n'en reste pas moins que dans la plupart des cas la cicatrice du segment inférieur est pratiquement très résistante : elle peut victorieusement résister aux efforts et à la tension d'un accouchement nouveau, même lorsque celui-ci se passe par les voies naturelles. De plus, la cicatrice sur le segment inférieur devrait être meilleure que sur le corps utérin, car dans la césarienne corporéale les sutures sont situées en plein tissu musculaire utérin qui ne cesse de se contracter et de subir des phénomènes de

rétraction considérables pendant les suites de couches. Au contraire, le segment inférieur est une zone de moindre activité pendant cette période; la suture mieux au repos, a donc plus de chances d'amener une coaptation plus exacte.

Enfin le placenta a beaucoup moins de raisons de s'insérer au voisinage de la cicatrice au cours d'une nouvelle grossesse. C'est sur ce rôle important joué par le siège du placenta dans la genèse et le pronostic de ces ruptures utérines que GERNEZ a insisté récemment. Le placenta, lorsqu'il s'insère au niveau de la cicatrice d'une césarienne compromet beaucoup la solidité de cette cicatrice. Les villosités choriales vont corroder le tissu fibreux, en diminuer la résistance et la zone cicatricielle pourra se désunir sous l'influence des premières contractions du travail, voir même sous le seul effet de la distension de l'utérus. Celui-ci rompu dans de telles conditions, une surface plus ou moins étendue de cotylédons placentaires sera mise à nu et saignera dans le ventre, à moins que l'épiploon ne vienne modérer l'hémorragie. L'insertion placentaire sur la cicatrice paraît donc doublement néfaste :

1° elle favorise la rupture;

2° la rupture produite, une étendue plus ou moins grande de cotylédons placentaires est mise à découvert et entraîne une hémorragie qui peut être grave pour la mère et fatale pour le fœtus. Cependant, en obstruant la déchirure utérine, en jouant en quelque sorte le rôle d'un matelas protecteur le placenta s'op-

pose au passage du fœtus dans la cavité abdominale, ce qui explique qu'en opérant précocément on peut avoir la chance d'extraire un enfant vivant.

Etant donné cette action corrosive des villosités choriales sur un tissu cicatriciel, le fait de constater au cours d'une césarienne itérative une insertion même partielle du placenta sur le trajet de l'incision utérine, doit faire craindre à ce niveau une fragilité particulière de la cicatrice opératoire. Celle-ci risquerait fort de se rompre lors d'une grossesse ultérieure et l'on peut considérer comme une salubre mesure de prudence devant une pareille éventualité de pratiquer la stérilisation de la malade.

Le problème devient malaisé lorsqu'il s'agit de déterminer un pourcentage de rupture dans la césarienne basse. GELLÉ a noté 18 cas de rupture en face de 4.931 observations de césarienne basse qu'il a relevées et il fait remarquer qu'on obtient ainsi une proportion supérieure à la réalité, car tous les cas de rupture ont sans doute été publiés, tandis que le nombre des césariennes basses est impossible à déterminer. De plus, comme le font remarquer ANDÉRODIAS et BALARD le pourcentage de rupture ne doit pas être calculé sur nombre total des césariennes pratiquées, mais seulement sur le chiffre des femmes *redevvenues enceintes* qui seules sont dans des conditions permettant à la rupture de se reproduire. Enfin WETTERWALD, étudiant 3.600 cas de rupture utérine y a trouvé, en plus du cas personnel rapporté par lui, neuf autres observations analogues. Il en déduit que

la proportion des ruptures utérines après césarienne basse se trouve être dans sa statistique de 0,28 pour cent. C'est-à-dire dix fois moins que pour la césarienne corporéale.

Dans cette étude de la césarienne basse un fait s'impose à l'attention : la rareté des cas de rupture observés.

AVENIR OBSTETRICAL DES FEMMES OPÉRÉES DE CÉSARIENNE BASSE

Maintenant que semble définitivement établie la position de la césarienne basse et que nous sommes fixés sur ses résultats immédiats, l'intérêt se porte plus particulièrement sur son avenir éloigné et le problème clinique qui se pose à notre sagacité est celui de la conduite à tenir lors des accouchements ultérieurs.

Avec la césarienne haute, le problème était jadis résolu d'une façon assez simple. Tandis que l'obstacle permanent de la dystocie osseuse commandait impérieusement et d'une façon systématique la césarienne itérative, il était possible, mais seulement sous une surveillance stricte, de laisser aller l'accouchement par les voies naturelles si l'hystérotomie avait été pratiquée pour une dystocie passagère telle par exemple qu'un kyste *prævia*.

Une conduite identique s'impose-t-elle nécessairement après la césarienne basse ou bien, dans la dystocie osseuse, peut-on envisager la question avec plus d'ampleur ? Chaque accouchement peut sans trop de danger comporter une épreuve de travail dont l'issue peut être différente selon l'intensité de la contraction utérine, l'existence ou l'absence de troubles de la di-

latation, le volume et la malléabilité de position de la tête fœtale.

L'ensemble des opinions sur ce point avec quelques nuances individuelles sont en réalité unanimes; RHENTER les a fort bien exprimées en ces termes « la sécurité utérine plus grande que donne la césarienne basse aux accouchements ultérieurs est en faveur d'une épreuve du travail dont l'issue pourra parfaitement différer ».

Les suites immédiates si constamment favorables de la césarienne basse même dans les cas impurs tiennent comme nous l'avons vu, à ce que la suture utérine n'étant à ce niveau le siège d'aucune contraction, sa cicatrisation se fait rapidement et par conséquent avec un minimum de tissu scléreux cicatriciel. Aussi ne faut-il pas s'étonner que cette suture ne laisse bien souvent aucune trace à l'œil nu.

Du point de vue fonctionnel le comportement de l'utérus est également très satisfaisant. Les grossesses consécutives sont relativement fréquentes; WETTERVALD donne le chiffre de 45 % et JUNG arrive même à 53,2 %. La restriction volontaire entraînée par la crainte de l'opération joue certainement un rôle chez ces malades, mais cette mentalité est en train de disparaître progressivement. A la phobie opératoire d'autrefois succède au contraire maintenant dans les milieux hospitaliers un optimisme exagéré et nombre de femmes réclameraient la césarienne, si l'accoucheur consentait à la faire d'emblée sans épreuve du travail. Les grossesses deviendront d'autant plus fré-

quentes que les milieux obstétricaux, persuadés de la bénignité relative des résultats de cette opération sauront faire partager leur opinion aux malades et leur apprendront à considérer sans trop d'appréhension toute nouvelle grossesse. Cependant JUNG a constaté que « deux tiers des femmes redevenues enceintes après césarienne basse ne subissent qu'une seule grossesse; mais on peut se demander si ces femmes auraient, sans avoir eu d'opération césarienne, accouché quand même plus de deux fois ». Nous ne sommes plus au temps des grandes multipares... A titre d'indication signalons que JUNG a observé une grossesse extra-utérine.

L'avortement serait relativement fréquent : WERTVALD signale 7 avortements survenus chez 5 malades sur 45 grossesses, soit 15,5 %. JUNG a également 15,4 % d'avortements ou d'accouchements prématurés.

Des accouchements qui se font à terme, les uns se terminent spontanément, les autres par des césariennes itératives. Il est difficile d'établir un pourcentage respectif de cette fréquence qui tient pour une part à l'opinion théorique de l'accoucheur sur cette question et aussi aux indications générales d'après lesquelles est pratiquée cette opération. Il est évident en effet que les accouchements spontanés sont d'autant plus fréquents que la césarienne princeps est pratiquée dans un service pour des indications relatives tenant à la mère ou à l'enfant, telles que l'infection amniotique ou la souffrance fœtale. C'est ce

qui explique les différences entre les statistiques françaises et la statistique suisse de JUNG.

Ces césariennes itératives sont généralement très simples. Les conditions sont dans la moitié des cas celles de la première opération. Quelquefois le péritoine est simplement un peu plus adhérent; parfois enfin ces adhérences limitent le décollement et obligent à prolonger l'incision sur le corps.

Les accouchements par voie basse se rencontrent avec une fréquence variable selon les auteurs.

ADÉRODIAS et BALARD : 4 accouchements spontanés sur 19 grossesses itératives à terme, soit 21 %.

PHANEUF : 14 accouchements spontanés sur 189 grossesses itératives à terme, soit 7,40 %.

REEB : 4 accouchements spontanés sur 144 grossesses itératives à terme, soit 7,84 %.

HAUCH : 2 accouchements spontanés sur 4 grossesses itératives à terme, soit 50 %.

HAMM : aucun accouchement spontané sur 5 grossesses itératives à terme, soit 0 %.

JUNG : 70 accouchements spontanés sur 135 grossesses itératives à terme, soit 51,8 %.

Les accouchements par les voies naturelles peuvent être répétés plusieurs fois sans danger chez la même femme.

KELLER : 2 fois; REEB : 3 fois; PHANEUF : 3 fois; BALARD : 2 fois; WETTERVALD : 4 fois.

Néanmoins, malgré tous ces résultats favorables, on a pu dans certains cas, enregistrer quelques ruptures. GELLÉ en a fait la bibliographie détaillée et a

pu relever 22 observations de rupture. Notons en passant que ces 22 observations de rupture ne sont pas des ruptures de la cicatrice. Chez 3 malades, la cicatrice était intacte et la déchirure portait sur le col ou sur la partie latérale du segment inférieur. Dans 6 autres cas, la cicatrice qui empiétait sur le corps utérin soit par suite de déchirure à l'extraction de la tête, soit par insuffisance du segment inférieur, s'était justement rompue dans la région où la cicatrice portait sur le corps de l'utérus. Enfin dans un cas où la malade avait subi successivement une césarienne haute et une césarienne basse, la rupture se fit sur la cicatrice haute, la cicatrice basse restant intacte. Ces observations démontrent la résistance toute spéciale de la cicatrice des césariennes basses, puisque l'utérus s'est rompu sur un autre point. GELLÉ remarque en outre que tous les cas de rupture ont dû être publiés, tandis que le nombre de toutes les césariennes basses est impossible à déterminer. Le pourcentage de ruptures ne doit pas être calculé sur le nombre total des césariennes pratiquées, mais bien seulement sur le chiffre des femmes redevenues enceintes, qui seules en réalité sont dans les conditions requises pour que la rupture se produise.

Si nous réunissons l'ensemble des grossesses terminées par accouchements spontanés ou par césariennes itératives d'après les statistiques fournies, nous arrivons aux chiffres suivants de rupture pour 403 grossesses, se décomposant ainsi :

ANDÉRODIAS et BALARD	19
PHANEUF	189
REEB	51
HAUCH	4
HAMM	5
JUNG	135

403

Le pourcentage que l'on en pourrait tirer est infiniment moindre que celui relevé pour les césariennes hautes.

Cette différence tient non seulement aux meilleures conditions de cicatrisation de l'incision, mais aussi à ce que, au cours des grossesses ultérieures, le segment inférieur ne participe pas comme la zone corporéale à l'effort violent des contractions utérines.

La rupture utérine après césarienne basse est peut-être un peu moins grave qu'après la césarienne classique. Dans la césarienne corporéale, HOLLAND relevait 31 décès sur 97 cas soit 32 % de mortalité. GELLÉ arrive pour la césarienne basse à 21, 4 % sur 14 observations.

En réalité, la guérison dépend surtout de la précocité du diagnostic et de la rapidité de l'intervention, c'est-à-dire du milieu dans lequel se fait l'accouchement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(*Maternité Clinique.*)

Madame V..., 35 ans, entre à la Maternité Clinique de l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 2 novembre 1937 enceinte de 7 mois et demi (D. R. = 15 mars 1937). Il s'agit d'une quatrième pare ayant subi déjà trois opérations césariennes (D^{rs} GROSSE et LEROUX) pour bassin rétréci : une césarienne corporéale le 12 mai 1929 et deux césariennes basses, le 25 janvier 1931 et 29 janvier 1935.

Ces césariennes n'avaient comporté aucune difficulté opératoire particulière. Cependant on avait pu noter d'épaisses et de nombreuses adhérences entre le péritoine et la masse épiploïque; cette dernière avait été en partie liée et réséquée. A la dernière césarienne la péritonisation avait été difficile, cependant on était parvenu à coapter les tranches et à recouvrir parfaitement l'utérus.

A son entrée, le 2 novembre 1937 la malade raconte que depuis le 15 octobre, elle ressent des douleurs vagues, imprécises localisées principalement dans la partie droite de son abdomen. Ces douleurs deviennent plus sourdes dans la nuit du samedi 30 au dimanche 31 octobre. Elles persistent dans la journée du dimanche et du lundi 1^{er} novembre sans être très vives.

On ne perçoit pas les bruits du cœur du fœtus. Température à 37°8. Pouls à 90. T. A. 12/7. (H. = 30 cm.) Aucun autre symptôme. On écarte l'idée d'une quatrième césarienne, d'autant qu'on soupçonne l'existence d'une syphilis. On attendra donc l'expulsion spontanée. La malade souffre peu; on ne fait même pas de calmants.

Dans la nuit du 2 au 3/11/37 vers 3 heures les douleurs reprennent nécessitant une piqûre de morphine vers 7 heures.

Le 3/11/37 à 11 heures, les douleurs persistent toujours. On constate des pertes insignifiantes de sang, suivies bientôt de liquide amniotique séro-sanglant. Pouls à 110. Température à 38°. Pas d'état de choc. La tumeur persiste à gauche mais c'est dans la fosse iliaque droite que la malade localise ses douleurs. Le col est resté en état sans aucune dilatation. Au palper et au toucher, on ne trouve aucune partie fœtale.

Devant cet état mal déterminé craignant une complication abdominale (peut-être une rupture) on tente d'intervenir sans retard par laparotomie.

Laparotomie le 3 novembre 1937 à 11 h. 1/2 sous anesthésie générale.

1° Résection de la cicatrice cutanée.

2° Ouverture du péritoine.

3° L'abdomen contient du sang épanché, des caillots. On tombe sur le placenta et l'œuf avec ses membranes intactes, le placenta se présentant par sa face utérine.

4° En essayant de libérer et d'extraire l'œuf en bloc, les membranes se déchirent et l'on est inondé de liquide amniotique. Le fœtus est extrait aussitôt. Il a l'apparence de 7 mois mais avec une anencéphalie étendue. Il est mort et desquame, la mort remonte donc à 2 ou 3 jours.

5° On se débarrasse du sang épanché en caillots et on découvre l'utérus couvert en deux volets, comme un livre. Il s'agit d'une rupture complète de l'utérus.

6° Ligature du pédicule utéro-ovarien droit, ligature du ligament rond droit. Pincement de l'artère utérine droite. Les ligatures sont plus difficiles à gauche.

7° Section des pédicules et amputation utérine de droite à gauche.

8° Fermeture du col.

9° Péritonisation atypique.

10° Fermeture de la paroi en 4 plans sans drainage.

On fait à la malade en état de choc une transfusion

sanguine de 300 gr. Elle sort guérie le 6 décembre 1938 après des suites opératoires excellentes.

OBSERVATION II.

(*Maternité Hospitalière*).

Mme G... Delphine, troisième pare, entre à la Maternité Hospitalière de Nantes, le 18 octobre 1936 parce qu'à terme et souffrant depuis le matin. *Premier accouchement* normal en Mai 1926 : présentation céphalique. *Deuxième accouchement* en Juin 1930 consécutif à un traumatisme (coup de couteau sur l'abdomen) ayant atteint le fond de l'utérus et nécessité une opération césarienne basse immédiate. L'enfant était vivant et les suites opératoires avaient été normales.

Examinée le 18 octobre 1936 à 6 heures, cette femme ne présente rien d'anormal au palper utéro-abdominal. Au toucher, le col est à peine perméable, en voie d'effacement; pas la moindre perte. On fait un catéthérisme qui révéla une urine claire contenant des traces d'albumine. L'état général ne présente aucun symptôme alarmant. Mise en observation, la malade ne souffrant pas davantage n'est pas revue jusqu'à 16 heures; à ce moment on est frappé par son état général : femme pâle, muqueuses décolorées. Pouls à 100, température à 38°. Il n'existe pas de contracture utérine pouvant révéler une hémorragie rétro-placentaire; le fœtus est impossible à percevoir, l'auscultation est négative. Au toucher, le col est à peine entr'ouvert, le segment inférieur un peu tendu, pas de pertes de sang.

Dans l'heure qui suit, l'état général s'aggrave et l'on décide l'intervention immédiate par voie abdominale. Laparotomie médiane sous-ombilicale : inondation péritonéale avec caillots et sang liquide en abondance. L'œuf est intact, mais le fœtus mort. La rupture utérine se voit au niveau de la cicatrice de l'ancienne césarienne.

Hystérectomie totale. Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 21 décembre 1936.

OBSERVATION III.

RUPTURE D'UTÉRUS GRAVIDE APRÈS CÉSARIENNE. ENUCLÉATION
INTRÀ-ABDOMINALE DE L'ŒUF; TOLÉRANCE PARTICULIÈRE DU
PÉRITOINE. (MARCEL CHATON, de Besançon).

B... Lucienne, ouvrière d'usine, 20 ans, entre d'urgence à la Maternité Berger le 8 juillet 1936 à 21 heures. C'est une secondipare qui a subi déjà le 12 avril 1934, étant enceinte de sept mois, une opération césarienne basse pour des accidents éclamptiques.

A son arrivée on se trouve en présence d'une malade dans un état subsyncopal, répondant mal aux questions et ne localisant aucune douleur.

Le faciès est angoissé. Pouls lent, à peine à 80, petit.

Au palper, ventre douloureux partout, surtout sur la ligne médiane. L'utérus remonte à 32 cm. en état de contracture sans aucun relâchement. Le fœtus n'est pas perceptible sur les parties latérales, mais sur la ligne médiane, sur une zone large de trois doigts, *les parties fœtales semblent directement sous la peau*. Les battements du cœur perçus sont lents et sourds.

Au toucher, col bas, dévié à gauche, ferme. On perçoit une tête plongeant dans l'excavation. Il n'y a aucune perte de sang par la vulve.

Le 9 juillet : bonne nuit, pas de pertes; douleurs abdominales vagues. Température 38°5.

Le 10 juillet : Un vomissement alimentaire. Pression 11/7. Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus.

Le 12 juillet : La température reste au-dessus de la ligne de 38°. Il n'y a plus de vomissements. Pas de pertes. Un peu d'oppression. Epanchement pleural gauche.

Le 17 juillet : Persistance de la température au-dessus de la ligne de 38°. Nuit bonne. Rien d'abdominal. Diminution des signes pleuraux. A l'examen, le fœtus est en transverse dans les parties supérieures de l'utérus. Le col ramolli est fermé.

Le 21 juillet : Intervention.

— excision de la cicatrice antérieure.

— on tombe sur un kyste fœtal énucléé de la cavité utérine ; on le libère sans difficulté de l'intestin et de l'épiploon. Le placenta au niveau du col ne présente l'adhérence que d'un simple caillot.

— hystérectomie sus-vaginale avec ablation des deux trompes, mais conservation des deux ovaires.

Suites opératoires d'une simplicité idéale. La malade sort guérie le 8 août.

De cette observation un point nous paraît digne de retenir l'attention : c'est la tolérance tout à fait particulière de la cavité péritonéale à un volumineux kyste fœtal énucléé non rompu, de l'utérus à la suite d'un éclatement large de l'organe.

Ici, à part la douleur sub-syncope du début et quelques vomissements des deux premiers jours, *la symptomatologie abdominale est restée à caractères tout à fait estompés*, à tel point qu'on a pu jusqu'au dernier moment se demander si le fœtus n'était pas encore intra-utérin. Cependant il s'agissait d'une énucléation totale. La rétraction du corps de l'organe réduit à deux valves en forme de pétales et dont l'ensemble n'était que du volume d'un gros poing d'homme sur le fond duquel reposait l'œuf intact montre que la rupture utérine était pourtant de date ancienne.

Comment expliquer cette tolérance particulière du péritoine ? L'intégrité de l'œuf peut, peut-être en donner l'explication. Ici le globe ovulaire non rompu, mou, souple, à contenu liquidien était traumatisant

au minimum tout à fait analogue au point de vue morphologique et tactile à un kyste ovarique à l'égard duquel on connaît la particulière tolérance du péritoine.

OBSERVATION IV.

RUPTURE D'UNE CICATRICE DE CÉSARIENNE AU COURS DU TRAVAIL; ABLATION DE L'UTÉRUS ET DE SON CONTENU EN BLOC PAR HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE : MICKULIEZ, GUÉRISON.

Mme B. A..., de Saint-Héand, 31 ans. Deuxième pare. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Première grossesse terminée en Février 1933 par césarienne pour éclampsie grave. Bonne cicatrice, utérus mobile normalement involué.

Deuxième grossesse actuelle, Evolution normale. Début du travail à terme le 20 juillet 1936 à 7 heures du matin par douleurs très faibles à type lombaire.

A 10 heures : dilatation 2 francs. Tête fixée. Bruits du cœur lents et assourdis; douleurs à type lombaire : 2 ampoules de spasmalgine espacent les douleurs qui prennent le type franchement abdominal.

A 17 heures : la sage-femme ne perçoit plus les bruits du cœur, mais ne signale aucune modification dans l'état de la mère.

A 19 heures : en entrant dans la salle de travail on est frappé par l'altération du faciès de la malade qui est pâle, légèrement dyspnéique et immobile. Elle accuse une douleur peu intense mais permanente au creux épigastrique mais précise très mal le début de cette douleur qu'elle n'a pas cru devoir signaler à la sage-femme.

Le poulx est à 110 mal frappé. L'utérus de volume et de consistance normale se contracte très régulièrement et se relâche de même après la douleur. Pas de point douloureux

à la palpation. Pas de signe d'épanchement dans le péritoine.

Pensant à une rupture de l'utérus on fait remonter la malade par les procédés ordinaires avant de l'opérer.

Opération à 21 heures : A l'ouverture du péritoine il s'écoule une quantité importante de sang liquide; l'épiploon très légèrement adhérent en un point de la face antérieure de l'utérus est décollé et relevé; on aperçoit alors au milieu du fond de l'utérus une masse rougeâtre, irrégulière, large comme une petite paume de main saignant en nappe.

On extériorise l'utérus et on fait une hystérectomie subtotale de droite à gauche en plein segment inférieur au niveau du cou de l'enfant dont la tête plonge dans le vagin sans ouvrir l'utérus. MICKULITZ. Suites opératoires normales, la malade quitte le service le 31^e jour en bon état.

On peut rapprocher de cette observation d'un diagnostic rendu difficile par l'absence de tout symptôme cataclysmique, *l'histoire d'une malade de M. Trillat*, qui à son entrée dans le service présentait un pouls à 90, un faciès à peine modifié, une respiration normale, pas de contracture de la paroi abdominale. La laparotomie fut pratiquée après constatation de la mort de l'enfant, arrêt brusque des contractions utérines et à cause de sensations diffuses données par le palper. Le fœtus et le placenta étaient dans l'abdomen avec une légère quantité de sang. La brèche utérine était béante mais ne saignait pas. La malade guérit sans incidents après hystérectomie.

On peut également rapprocher de l'observation de M. PÉLISSIER celle publiée par M. RENTHER et provenant de la clinique obstétricale de la Charité. La rupture fut découverte à l'autopsie d'une femme trou-

vée au matin morte dans son lit : elle était enceinte de huit mois, avait été admise en dehors de tout début de travail et le drame s'est déroulé en plein dortoir, sans aucune réaction. L'œuf resté intact s'est véritablement énucléé de façon lente et progressive; en même temps débutait une hémorragie intra-péritonéale qui se continuant sourdement finit par devenir mortelle.

OBSERVATION V.

RUPTURE D'UN UTÉRUS ANTÉRIEUREMENT CÉSARISÉ TROIS FOIS;
HYSTÉRECTOMIE, MÈRE ET ENFANT VIVANTS.

On connaît la gravité du pronostic des ruptures de cicatrice pour la mère et surtout pour le fœtus. Les observations dans lesquelles les deux vies ont pu être sauvegardées sont extrêmement rares. Le Professeur PAUCOT en a rapporté un exemple en Octobre 1931. La rupture s'était faite insidieusement et constitua une surprise opératoire. Depuis lors on ne trouve guère que trois observations terminées d'une façon heureuse pour la mère et l'enfant; ce sont celles de BRAULT en 1933 et 1936, celle de CAMBON et PLASSE en 1936. La rareté de ces observations ne donne que plus de valeur à celle relatée par M. Louis GERNEZ.

Mme W... T... est amenée d'urgence dans le service du Professeur BUÉ, le 25 novembre 1936 à 20 h. 15. Le faciès est pâle, tiré, les yeux cernés. Elle se plaint de douleurs abdominales diffuses ayant débuté dans le bas ventre vers 18 h. 30. Elle n'a pas ressenti de tendance syncopale.

Cette malade a déjà subi trois césariennes pour bassin rétréci. (Pr. sous-pubien = 8,5) en 1924, 1926 et 1930. La grossesse actuelle est au voisinage du terme. (D. R. = 15. 21 février).

A l'examen on note un abdomen douloureux, tendu et présentant un caractère qui attire l'attention tout de suite :

c'est l'existence d'une éventration sus ombilicale des dimensions d'une pièce de cinq francs, de coloration ecchymotique, surélevée, mollassse à la palpation qui réveille à ce niveau une douleur exquise.

Il n'y a aucune hémorragie externe. Le toucher vaginal montre un col intact, mou, effacé. Le pouls est à 100 régulier et assez bien frappé. La tension artérielle est de 9,5/4.

On décide l'intervention à 21 heures aprprès avoir injecté à la malade 1 cgr. de morphine, des toni-cardiaques et 500 cms de sérum.

Laparotomie sous-ombilicale médiane.

Le placenta fait hernie entre les lèvres de la cicatrice utérine désunie. On trouve dans la cavité abdominale environ 800 gr. de caillots et de sang pur. L'œuf est intact, le liquide amniotique méconial. On extrait un enfant de 2.980 grammes, inerte mais qui ne tarde pas à réagir aux soins énergiques de l'aide à qui il est confié.

Hystérectomie subtotale suivant le procédé américain. Péritonisation. Fermeture de la paroi en deux plans sans drainage.

La malade est choquée après l'intervention. Injection intraveineuse de un litre de sérum chaud glucosé et adrénaliné; solucamphre, caféine.

L'état général s'améliore assez rapidement, le faciès se recolore et l'évolution se fait vers la guérison sans aucun incident. Mère et enfant quittent la clinique le 17^e jour en parfaite santé.

SYMPTOMATOLOGIE DES RUPTURES POST-CESARIENNES

Les difficultés possibles du diagnostic.

La symptomatologie des ruptures utérines en général est une question bien connue. Nous ne reviendrons pas sur la symptomatologie classique, en particulier sur l'intérêt de signes de menace de rupture utérine (signe de BANDL-FROMMEL, état de tétanisation utérine). Nous insisterons surtout sur l'allure insidieuse si particulière que peut prendre le tableau clinique dans les cas étudiés ici. Cette insidiosité trompeuse se retrouve dans les observations que nous avons colligées. Est-elle liée à la désunion de la cicatrice utérine qui ne réalise pas une déchirure aussi brutale que celle qui a lieu sur un utérus intact ? L'hypothèse paraît plausible car l'incision utérine ayant porté sur la zone médiane avasculaire, pauvre en terminaisons nerveuses, la désunion qui se produira et qui ne sera pas à vrai dire due à une déchirure ne réalisera pas une effraction brutale, en plein tissu sain, en plein pédicule vasculo-nerveux, comme cela se produit en cas de rupture classique. C'est aussi la raison par laquelle, au lieu d'une hémorragie abondante et rapidement épanchée, il ne se produit qu'un

écoulement, certes important et dangereux, moindre toutefois. A la lumière de cette pathogénie, l'atténuation des symptômes se comprend, et l'on conçoit aussi qu'il serait préférable de désigner ce syndrome sous le vocable de désunion de la cicatrice utérine, au lieu du terme de déchirure : la désunion évoquant des phénomènes subaigus qui sont bien ici dans la nature des choses.

Il semble de prime abord que l'ensemble symptomatique, signes d'hémorragie interne et de shock péritonéal caractéristiques de toute rupture typique de l'utérus impose le diagnostic. Si cela se voit, ce n'est pas la règle. L'insidiosité d'apparition du syndrome est au contraire l'aspect le plus fréquent. Nos observations montrent que la femme au lieu de la douleur brusque et syncopale au moment de la rupture éprouve seulement une sensation de vertige passager, ou une douleur d'intensité très modérée, les modifications du pouls ne surviennent que tardivement; quant à l'hémorragie externe, elle peut totalement manquer, soit parce qu'il se fait une hémostase spontanée soit que l'hémorragie est uniquement intra-abdominale ou sous-péritonéale suivant les cas. Assez souvent on constatera des écoulements glaireux ou sanguinolents, de sang poisseux.

Ces formes insidieuses de rupture utérine doivent être toujours présentes à l'esprit du médecin s'il ne veut pas méconnaître un accident dont les suites sont si graves. DEVRAIGNE qui a eu l'occasion d'observer personnellement plusieurs cas de rupture utérine

après césarienne a insisté au cours de ses leçons cliniques sur la relative fréquence de ces formes à symptomatologie fruste.

On se rappellera que de tous les signes fournis par l'examen, les plus importants sont ceux que donne la palpation car les signes fonctionnels et généraux sont souvent trompeurs; VARNIER et le Professeur PINARD ont depuis longtemps insisté sur ce point. L'accident pouvant survenir aussi bien en fin de grossesse, qu'au cours du travail on se méfiera des troubles fonctionnels même atténués survenant chez une femme césarisée antérieurement.

Il ne faudra pas que l'on s'attende à voir apparaître des symptômes francs et nets, une contracture de défense abdominale franche.

L'exploration abdominale ou abomino-vaginale rendra compte de signes flous et variables qui ne se prêtent pas à une description schématique. Le signe le plus constant est le changement de forme de l'utérus. Le sac utérin peut au maximum disparaître complètement. Dans notre observation I il était transformé en un organe à deux valves, s'étant ouvert comme un livre dont on aurait ouvert le fermoir. Il était donc masqué derrière le sac ovulaire intact laissé ainsi à nu derrière la paroi abdominale. Ce cas réalisait le maximum des possibilités d'étalement de l'utérus puosque la désunion totale portait sur des cicatrices de césarienne haute et basse.

La sensation de superficialité des parties fœtales peut se produire, mais il faut bien savoir que l'inter-

prétation de ces sensations est souvent malaisée surtout lorsque le fœtus est mort comme il arrive presque toujours. On s'attachera cependant à identifier les parties fœtales et à reconnaître l'absence de sac utérin les enveloppant.

L'état général de la femme met bien entendu sur la voie du diagnostic. Mais sa gravité n'est pas telle qu'elle impose d'emblée l'idée d'un drame abdominal. Les symptômes sont moins ceux du chock violent que ceux d'un état abdominal progressivement aggravé où se combinent de façon variable les signes de l'hémorragie interne à ceux de la réaction péritonéale. En somme la désunion de l'utérus se produit sans signes de chock nerveux sous la simple influence des contractions indolores de la grossesse. L'œuf est énucléé du fait de la rétraction utérine et se trouve intact dans le péritoine. Au cours de la grossesse les phénomènes cliniques sont insidieux au point que dans certains cas plus de dix jours se sont écoulés avant que l'opération s'impose.

Au cours du travail la rupture peut aussi passer inaperçue, surtout si elle se produit à la période d'expulsion. Le signe si précieux de Bandl-Frommel, avertisseur de l'imminence de la rupture manque généralement ici.

A l'insidiosité dans l'apparition fait suite dans ces cas, l'insidiosité dans l'évolution : la période qui suit la production sournoise de la rupture est plus latente encore : le faciès n'est pas altéré, la température est peu élevée, le pouls ne s'accélère qu'au bout d'un

certain temps lorsque l'épanchement sanguin intra-abdominal est devenu abondant; il n'y a pas de dyspnée.

En dépit de son insidiosité initiale habituelle le syndrome de la désunion de cicatrice utérine post-césarienne est grave. S'il passe inaperçu, il peut conduire à la mort par hémorragie interne parfois rapide. On a cité le cas d'une femme trouvée morte dans son lit d'hôpital la nuit, chez laquelle aucun signe d'alarme, aucune douleur manifeste n'avaient pu être notés.

Si la femme est opérée tardivement le syndrome est devenu nécessairement plus grave; le péritoine a pu s'infecter. De toutes façons le temps aggrave progressivement l'état de la malade et met sa vie en danger. La mort en est l'aboutissement si l'opération n'arrête l'hémorragie et ne s'oppose à l'infection menaçante.

DIAGNOSTIC

I. POSITIF. — L'exposé des symptômes qui appartiennent à la désunion utérine nous permettra d'abréger ce chapitre sans revenir sur chacun des symptômes étudiés. Nous voulons seulement souligner l'intérêt sémiologique de certains points particuliers. L'aspect estompé, flou du tableau clinique, son insidiosité sont remarquables.

Cette insidiosité s'explique du fait que les signes initiaux de choc péritonéal sont très discrets, que l'hémorragie interne ne se produit que lentement. Lenteur d'autant plus explicable que s'agissant de tissu cicatriciel conjonctif, les vaisseaux intéressés ne sont que des vaisseaux de néoformation peu développés. Le sang épanché provient plutôt, nous semble-t-il, de la zone de décollement placentaire.

II. DIFFÉRENTIEL. — La notion toujours connue de césarienne subie antérieurement ne sera à aucun moment perdue de vue. Le médecin aura soin de faire préciser autant que possible les circonstances particulières au cas qui lui est soumis :

a) nombre de césariennes : il va de soi que le risque de désunion augmente avec le nombre de césariennes, la suture utérine portant sur des tissus déjà altérés et la cicatrice étant plus précaire.

b) condition des opérations (et surtout de la dernière). Cas pur ou impur; opération tardive ou précoce; drainage; Mickuliez; lieu de l'opération; état de l'abdomen et de l'utérus lors de la dernière opération.

Ces notions permettront de redouter tout spécialement la rupture utérine dans certains cas suspects.

Chez les femmes césarisées antérieurement se pose parfois la question d'autres diagnostics que nous allons passer en revue.

1° D'un caractère insidieux et progressif, la désunion utérine contraste du tout au tout avec la description toujours si violemment colorée de la rupture utérine classique, si bien que le syndrome de désunion de cicatrice utérine diffère largement de la rupture utérine. Leurs conditions pathogéniques diffèrent également les unes des autres.

2° Parmi les drames abdominaux susceptibles d'atteindre la femme enceinte près du terme, il faudrait ici passer en revue ceux dont les syndromes ont des traits communs avec la désunion utérine.

Nous retiendrons seulement les plus fréquents :

a) L'appendicite peut prêter à erreur, mais ici domine la réaction péritonéale plus ou moins fébrile avec ses symptômes localisés, qui ne modifient pas la forme de l'utérus gravide.

b) La salpingite donne lieu à des signes qui se rapprochent de ceux de l'appendicite et s'en différencient par la situation parfois libatérale des zones douloureuses.

c) La torsion des tumeurs périutérines (kystes ovariens ou fibromes pédiculés), comporte un syndrome plus aigu où dominent les signes douloureux et péritonéaux au lieu des signes hémorragiques.

d) La dégénérescence nécrobiotique aseptique ou septique des fibromes gravidiques se manifeste par un syndrome douloureux compliqué selon le volume du fibrome et l'importance des lésions de nécrose de signes péritonéaux ou de signes de toxémie qui peuvent d'autant mieux donner le change que l'élément déformation du corps utérin s'y ajoutera.

e) La grossesse extra-utérine parvenue à une date avancée et rompue tardivement présente une symptomatologie qui s'apparente de si près à la désunion de cicatrice utérine tant par les signes fonctionnels que par les signes physiques qu'il faut faire état de nuances d'examen pour distinguer l'un de l'autre les deux syndromes. La rupture de grossesse extra-utérine s'accompagne en général d'une douleur plus vive, plus syncopale, le kyste fœtal est presque toujours rompu et le fœtus quand on peut bien le percevoir est comme détendu dans l'abdomen au lieu d'être pelotonné.

D'ailleurs le traitement chirurgical s'impose dans les deux cas ce qui évite de longues discussions.

PRONOSTIC

LE PRONOSTIC MATERNEL de la désunion réalisée dépend essentiellement du diagnostic et surtout de la précocité du diagnostic. Il va de soi que plus tôt aura été reconnu le syndrome, plus tôt aussi aura lieu l'opération. Dans les conditions de précocité opératoire, l'état général de la femme et tous ses moyens de défense favoriseront et l'acte chirurgical, et les suites opératoires. A l'inverse, opérer une femme déjà chockée, anémiée, parfois même en état général très alarmant, mettra l'accoucheur dans les plus mauvaises conditions.

Mais en général, un délai qui a pu être de plusieurs jours, a pu être observé avant l'apparition d'accidents vraiment inquiétants. Le pronostic maternel est en général bon après opération correcte : c'est-à-dire hystérectomie suivie parfois de drainage. Cette condition favorable n'est pas constante. A l'autopsie on a pu montrer que la désunion utérine avait entraîné la mort par hémorragie.

PRONOSTIC FŒTAL. — Le fœtus est infiniment plus exposé que la mère. Le décollement de l'aire placentaire expliqué par la rétraction utérine entraîne la mort du fœtus par anhématose, à moins qu'une

intervention très rapide ne permette d'extraire le fœtus à temps. Le cas est rare, puisque sur nos cinq observations, une seule fois le sauvetage du fœtus a pu avoir lieu.

CONDUITE A TENIR LORS DES GROSSESSES ET DES ACCOUCHEMENTS CONSECUTIFS PROPHYLAXIE DE LA RUPTURE UTERINE

Après une césarienne basse le premier devoir de l'accoucheur est de laisser entrevoir à l'opérée sous un jour relativement favorable les accouchements ultérieurs et de lui faire espérer dans certaines conditions que nous allons déterminer un accouchement par les voies naturelles. Lui donner confiance, c'est le meilleur moyen d'éviter les restrictions volontaires provoquées par des craintes opératoires exagérées.

Par contre, il convient de lui indiquer les dangers d'un accouchement à domicile sans surveillance compétente et de lui imposer l'accouchement dans un milieu obstétrical et chirurgical adéquat où elle pourra être opérée de nouveau en cas d'épreuve du travail négative et surtout en cas de rupture utérine, la guérison dépendant de la précocité de l'intervention.

Abordons maintenant le problème de l'accouchement. CATHALA seul envisage le problème de la même façon que pour la césarienne haute : « Peut-être, dit-il, la cicatrice du segment inférieur est-elle plus solide que celle du corps mais par contre la rupture

est peut-être plus grave par suite de la présence de la vessie en avant de la cicatrice à laquelle elle peut adhérer ».

Nous avons vu au contraire que la cicatrice est infiniment plus solide, que la rupture est plus rare et que cette rupture n'est certainement pas plus grave, peut-être moins que celle portant sur la cicatrice corporeale. Dans ces conditions nous sommes autorisés à discuter la possibilité d'un accouchement par les voies naturelles, même pour un bassin légèrement rétréci.

I. Césariennes pratiquées en dehors des rétrécissements pelviens.

« Lorsque la césarienne basse a été pratiquée pour toute autre raison que la disproportion existant entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin, il n'y a aucune raison pour ne pas laisser l'accouchement se faire spontanément » (PAQUET). Cette opinion est partagée par l'ensemble des auteurs; elle était admise pour la césarienne haute et ne soulève aucune discussion.

II. Césariennes pratiquées pour rétrécissement pelvien.

1° Dans les cas de disproportion manifeste et d'une façon générale dans tous les bassins au-dessous de 8 cm., il convient de réopérer d'emblée par voie abdominale sans faire l'épreuve du travail même si on avait crû pouvoir la pratiquer lors de la première césarienne. Il importe « en effet d'être plus précocément

interventionniste qu'avec un utérus normal dans un accouchement ultérieur, compte tenu de toutes les conditions concernant la contraction, le col, le volume de l'enfant et son orientation » (LE LORIER).

2° Le problème se pose en réalité seulement pour les *bassins limites*.

A) *Avant terme* : dans ces cas « si la femme accouche prématurément ou si des raisons dont la discussion n'a rien à faire ici, incitent l'accoucheur à provoquer artificiellement l'accouchement avant qu'il y ait disproportion, on peut espérer un accouchement spontané, la césarienne basse permettant une plus grande liberté d'action que la césarienne corporéale » (PAQUET).

RHENTER va même plus loin dans cette voie « Je n'ai jamais admis que même pour les césariennes hautes, la césarienne itérative s'imposât. Je reste, en effet, dans ce cas, partisan de l'accouchement prématuré provoqué ». Cette opinion est très loin d'être partagée par la majorité des accoucheurs qui, bien au contraire, connaissant les inconvénients nombreux de l'accouchement prématuré provoqué ont tendance à délaisser ce procédé au profit de la césarienne basse.

Quoiqu'il en soit, en cas de rétrécissement léger, si la femme accouchait spontanément avant terme ou si, pour une cause médicale exceptionnelle, nous venions à interrompre la grossesse prématurément dans un utérus antérieurement césarisé pour toute autre cause qu'un rétrécissement pelvien, nous envisagerions avec confiance l'issue de l'accouchement.

B) *A terme* : En cas de disproportion légère au moment du terme, CATHALA et PAQUET préfèrent d'emblée la voie haute afin d'éviter tout tiraillement du segment inférieur, par contre beaucoup d'auteurs estiment qu'on peut sans danger tenter l'épreuve du travail.

Telle est d'ailleurs l'opinion qui prévaut à la Clinique Obstétricale de Nantes où nous avons pu relever plus de trente cinq épreuves du travail suivies chez des femmes ayant été antérieurement césarisées. Chez les unes, l'épreuve prolongée ayant été négative, l'hystérotomie utérine fut pratiquée, chez les autres l'accouchement se fit par les voies naturelles. Une seule, celle qui fait l'objet de notre observation N° 1 présente une désunion de cicatrice.

L'épreuve du travail sera tentée quand le bassin n'est pas trop rigoureusement limité; que l'enfant n'est pas trop gros, que la présentation est normale.

« Quand tout semble s'annoncer favorablement, on pourra escompter la traversée sous l'influence des contractions utérines d'une filière osseuse peu spacieuse, alors qu'après une césarienne haute, il serait suprêmement dangereux de caresser cet espoir » (PAUCOT).

Comme l'indiquent nos observations, la plupart des auteurs ont même laissé l'expulsion se faire d'une façon absolument spontanée. Nous ne sommes personnellement pas de cet avis et nous ne voyons pas l'avantage qu'il y a à imposer à un utérus antérieurement césarisé la fatigue inutile que nécessiterait la

traversée d'un périnée intact. Il est au contraire nécessaire de raccourcir la période d'expulsion et de faire systématiquement un forceps prophylactique dès que la dilatation est complète et que la tête engagée aborde le périnée.

La valeur de la contraction utérine a aussi son importance. La contracture utérine et les troubles de dilatation si fréquents chez les primipares et qui isolées ou associées à d'autres indications, motivent assez souvent la césarienne princeps, ne se reproduisent pas d'ordinaire chez les multipares; aussi peut-on espérer que dans les accouchements subséquents l'utérus se contractant d'une façon régulière et sans état spasmodique surajouté, l'accouchement pourra se terminer spontanément par les voies naturelles. Cependant on peut considérer l'état de contracture survenant au cours de l'épreuve du travail lors d'un accouchement consécutif à une césarienne basse comme une indication formelle à une opération itérative.

Dans ces accouchements, nous déconseillons l'emploi d'extrait hypophysaire, facteur possible de contracture. Cette médication a été pourtant employée par REEBS, mais elle l'a été également dans l'observation de rupture rapportée par WETTERVALD, mais peut-être dans ce cas, la rupture avait-elle précédé l'emploi de la pituitine. Quoiqu'il en soit ce médicament détermine parfois des contractions si violentes qu'il y a quelque imprudence à l'utiliser en pareil cas.

Lorsque l'accouchement s'avère dangereux par les voies naturelles peut-on substituer une autre opéra-

tion à la voie abdominale ? C'est l'opinion de ZARATE : « Dans les cas où le rétrécissement a commandé l'intervention on peut attendre l'accouchement spontané en redoublant de prudence tout en étant préparé pour terminer rapidement l'accouchement par une symphyotomie partielle ». C'est l'avis de HAUCH qui nous paraît bien résumer la question « Je n'ai pas peur de l'épreuve bien surveillée du travail avant la césarienne éventuelle, même si c'est une césarienne répétée, mais je serais naturellement plus disposé à faire l'opération et à la faire plus tôt quand il y a avec une dystocie pelvienne une présentation défavorable de la tête ».

L'opinion est donc à peu près unanime. Aussi bien comme le fait remarquer JUNG, l'opération césarienne basse doit l'accueil bienveillant qu'elle a rencontré partout non pas seulement à ses résultats immédiats, mais aussi parce qu'elle permet, sans trop de risques, la possibilité des accouchements ultérieurs.

TRAITEMENT CURATIF

Il ne peut s'agir bien entendu que de chirurgie abdominale. Le diagnostic établi, l'opération s'impose d'urgence, toute attente ne pouvant qu'aggraver la situation.

On remontera l'état général de la malade par les toni cardiaques habituels et aussi par le tout puissant moyen de la transfusion du sang, en ne perdant pas de vue que puisque la spoliation sanguine est assez importante, il sera nécessaire de faire une transfusion de remplacement, c'est-à-dire de 250 à 500 cc.

Après cette préparation et grâce à elle on abordera l'opération avec des chances meilleures.

Sous anesthésie générale légère mais suffisante, on pratiquera une laparotomie sous-ombilicale après résection de la cicatrice cutanée.

S'il y a lieu on libérera les adhérences péritonéales viscérales ou épiploïques qui auront pu se développer après la césarienne, et on se méfiera tout spécialement de la vessie qui peut être remontée en situation anatomique anormale.

Une quantité variable, mais en général abondante de sang baigne les anses intestinales et l'œuf. Après évacuation rapide des plus gros caillots et du sang (aspirateur électrique), on se garnira au mieux et l'on

extraira l'œuf, soit en bloc, s'il est intact, soit séparément le fœtus et le placenta. Exceptionnellement l'enfant pourra être ranimé; le plus souvent il est déjà mort.

On pratiquera ensuite une hystérectomie typique en général facilitée par la laxité des tissus qui est le fait de la grossesse. C'est presque toujours une hystérectomie subtotale.

Asséchant le péritoine avec soin mais sans s'attarder on terminera l'opération, soit par fermeture de la tranche vaginale, péritonisation, et fermeture de l'abdomen, soit, si le cas semble suspect d'infection, en appliquant un sac de Mickuliez et en complétant ce drainage par une mèche vaginale.

De toutes façons, on mènera l'opération avec rapidité, tout comme s'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine rompue.

Les suites opératoires ne comportent rien qui soit particulier : tonicardiaques, au besoin transfusion sanguine à nouveau, glace sur le ventre.

Faite à temps dans les conditions opératoires normales, l'opération donne un résultat en général satisfaisant.

CONCLUSION

1) Chez les femmes césarisées on peut observer à l'occasion d'une grossesse nouvelle, soit dans les dernières semaines, soit au cours de l'accouchement une désunion de la cicatrice utérine.

2) La fréquence de cet accident est très difficile à établir par statistique. Il est certainement rare et ceci d'autant plus qu'il s'agira d'une césarienne basse.

3) L'absence de douleurs et de choc au début, l'insidiosité initiale des symptômes sont trompeurs, plus tard les symptômes d'inondation péritonéale domineront la scène.

4) Le diagnostic sera fondé précocement sur les anamnestiques, sur la perception des parties fœtales superficielles qui masquent souvent l'utérus, ensuite sur les symptômes progressifs d'hémorragie interne.

5) Le pronostic presque toujours fatal pour le fœtus peut-être également mortel pour la femme, à moins que l'opération n'intervienne à temps.

6) Le seul traitement consiste en une laparotomie suivie de l'assèchement du ventre, de l'extirpation du fœtus et des membranes et de l'hystérectomie sub-totale.

Vu : Le Président de la Thèse,
JEANNIN,

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABERNETTY (C.). — Beberhungen zur kaiserschnittfrage Gebarmutterzerreissung nach kaiserschmitt. *Med. Welt.* 10 : 56-57. 11 Janvier 1936.
- ALBERTINI (Mathieu). — Les ruptures d'utérus ayant subi la section césarienne. *Thèse de Paris*, 1932. Les Presses Modernes, Rue de Maubeuge.
- BAIRD (D.). — Rupture of uterus at twenty fifth week of pregnancy (after ceserea section). *Glasgow M. J.*, 125 : 19-20 janvier 1936.
- BALARD (P.). — A propos d'un cas de rupture de cicatrice de césarienne haute. *La Puériculture*, 25 avril 1932, p. 423.
- BISCHELER. — Rupture spontanée utérine au cours d'un accouchement chez une femme ayant subi cinq ans auparavant une césarienne classique. *La Tunisie Médicale*, Juillet-Août 1935.
- BRANDT (M. L.). — Spontaneous rupture of uterus during pregnancy following previous classical, ceserean section. *Am. J. Obst. et Gynec.*, 29 : 743-744, May 1935.
- COLL DE CARRERA (J.) et BATTLE. — Rupture spontanée d'un utérus antérieurement césarié deux fois. *Rev. obst. et gyn. de Montpellier*. Séance du 21 décembre 1922, in *Montpellier Médical*, 3^e S. R. III, 15 février 1933.
- COURTOIS (J.), WEISS (Robert). — Sur un cas de rupture utérine consécutif à une césarienne corporéale. *Journal des Praticiens*, 4 janvier 1936.
- ENFA (D.). — Rottura spontanea a termine di gravidanza di utero precedente mente cesarizzate. *Rinasc med.*, II, 557-558, 30 Sept. 1934.
- FAVA (P. V.). — Ruptured uterus following classical cesarean

- section with normal birth during interval. *Am. J. Obst. et gynec.*, 28 : 284, Aug. 1934.
- FOURNIER (F.), ESTIENNY (F.). — Césarienne itérative compliquée de rupture utérine quelques minutes avant l'intervention. *Union Médicale du Canada*, 64-1414-1416. Décembre 1935.
- GERIN-LAJOIE (L.). — Zur frage der spontanen uterusrupturen während der graviditat nach vorangegangenem Kaiserschnitt. *Zentralbl. f. gynck.* 60, 1536-1599, July 4, 1936.
- NAGEZ (Gy.). — Rupture de l'utérus après l'opération césarienne. *Orvosi Hetilap*, 23-3-35.
- LUIZ PEREZ (M.), TALLAFFERO (F.). — Rotura silenciosa del segmento inferior de l'utero en el curso del embarazo a nivel de una cicatriz de operacion cesarea implantacion secundaria de la placenta. *Semana med.*, I : 1443-1445, May 7, 1936.
- SFNOCK (J.). — Ruptures utérines après césariennes corporeales. *Soc. Belges de gynécologie et d'obstétrique*, 4-3-33. *La Gynécologie*, Novembre, N° 99.
- STFIGELMEM. — Sur un cas de rupture utérine après césarienne. *Munchener medizinische Wochenschrift*, 20 septembre 1935, p. 1522.
- STEVENS (W. J.). — Case of Rupture of uterus with hysterectomy following previous cesarean section (*Canad. M. A. J.*, 71-72, July 1935.
- STEVENS (L. H. K.). — Rupture of uterus without symptoms. (after cesarean section). *Lancet* I : 538-539. March 7, 1936.
- TOMMASSELLI, BELMONTE (L.). — Rotura spontanea dell'utero intravaglio di parto in corrispondenza della cicatrice cesarea. *Riforma med.*, 50 : 1845-1851, Décembre 1-1934. Avant 1932. — Cf. Thèse Mathieu ALBERTINI, Paris, 1932.



